

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

古河市長 宛て

請求者 住所

氏名

（自署又は記名押印）

接種者との続柄

電話番号

骨髓移植等に係る予防接種再接種費用助成金交付請求書

年 月 日付け 発第 号で交付決定を受けた助成金について、次のとおり請求します。なお、古河市が振込先口座に助成金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

1 請求額 _____円

2 請求内容

接種者氏名	
生年月日	年 月 日
予防接種の種類 及び接種日	(接種日 年 月 日)
	(接種日 年 月 日)
	(接種日 年 月 日)

3 添付書類

(1) 領収書（接種ワクチン名、接種日及び接種者氏名が記載されたもの）

(2) 母子健康手帳等の予防接種記録の写し

4 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名	支店・支所 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな 口座名義			